

# Le Childhood Anxiety Sensitivity Index-Revised (CASI-R) : Etude de validation.

Stassart, C.\*, Depauw, B.\*\*, Delvaux, M.\*\*\*, Etienne, A-M.\*

\* Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l’Education, Département Personne et Société, Psychologie de la Santé, Liège, Belgique.

\*\*

\*\*\* Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l’Education, Département des Sciences Cognitives, Liège, Belgique.



## INTRODUCTION

Reiss et McNally (1985) définissent ce terme comme étant « la peur des sensations corporelles liées à l’anxiété, qui proviendrait de croyances que ces sensations ont des conséquences somatiques, psychologiques ou sociales néfastes » (cités par Taylor, 1999). Depuis les années 1980, l’AS a attiré l’attention de nombreux chercheurs et cliniciens (Reiss et McNally, 1985, cités par Taylor, 1999). Une part de cette attention vient de l’hypothèse que la sensibilité à l’anxiété joue un rôle central dans l’étiologie et le maintien de la peur et des troubles anxieux, en particulier les troubles de paniques. Le diagnostic précoce de l’AS et son traitement pourraient donc s’avérer un élément non négligeable dans la prise en charge, préventive ou thérapeutique, des troubles où elle intervient (Feldner et al., 2008; Telch et al. 1993).

Après accumulation d’évidences de l’importance de tenir compte d’un concept tel que l’AS chez l’adulte, certains chercheurs ont dirigé leur attention dans l’étude de la sensibilité à l’anxiété chez l’enfant (Silverman et Weems, 1999). Cependant, ce concept a été très peu exploré dans le contexte infantile. Or, à de maintes reprises, l’AS est considérée comme un facteur de risque dans le développement et le maintien de la peur et des troubles anxieux. Dumas (2007) déclare également que des expériences d’enfance pourraient être à l’origine d’un état pathologique à l’âge adulte En détectant les enfants avec une sensibilité à l’anxiété à risque (AS haute), nous pourrions, à la suite d’un traitement de l’AS, prévenir le développement d’un trouble anxieux à l’adolescence.

Ces différentes informations nous montrent l’intérêt de s’intéresser à l’étude de la sensibilité à l’anxiété chez l’enfant et par conséquent d’investiguer davantage l’outil d’évaluation de l’AS dans le contexte infantle, le Childhood Anxiety Sensitivity Index revised (CASI-R; Muris, 2002).

## OBJECTIFS DE L’ÉTUDE

Déterminer les propriétés psychométriques (applicabilité, fidélité, validité et sensibilité) de la version française de la CASI-R et poursuivre la réflexion sur la pertinence d’utiliser un concept comme la sensibilité à l’anxiété dans un contexte infantile.

## METHODOLOGIE

### Sujets

L’échantillon se compose de 60 enfants tout venant, âgés de 10 et 11 ans.

### Procédure

Les sujets ont été recrutés dans des écoles primaires belges (enseignement général). Les critères d’inclusion étaient : être âgés entre 10 et 11 ans, manier le français avec aisance. Les critères d’exclusion étaient: les enfants consultants et présentant de nombreux antécédents médicaux.

### Instruments de mesure

- Le State Trait Anxiety Index for Children (STAIC) de Spielberger (1973)
- Le Children Depression Inventory I (CDI I) de Kovacs (1981)
- La Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) de John & March (1997): échelle d’auto évaluation permettant d’évaluer un éventail de symptômes anxieux (les symptômes physiques, l’évitement, l’anxiété sociale, l’anxiété de séparation)
- Le Childhood Anxiety Sensitivity Index revised (CASI-R) de Muris (2002): mesure de sensibilité à l’anxiété chez l’enfant et l’adolescent. Il s’agit de la version révisée du Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) de Silverman, Fleisig, Rabian et Peterson (1991). La version révisée a été élaborée afin d’améliorer la conceptualisation de la structure multifactorielle de la sensibilité à l’anxiété. En 2002, Muris a mis en évidence 4 facteurs au sein de la CASI-R (facteur 1: la peur des symptômes cardio-vasculaires, facteur 2: la peur des réactions anxieuses observables publiquement, facteur 3: la peur de la perte de contrôle cognitif, facteur 4: la peur des symptômes respiratoires). La CASI-R est constitué de 31 items, 8 items proviennent de la CASI originale et 23 de l’ASI-R (mesure de l’AS chez les adultes). Plus le score est élevé, plus l’AS est haute.

## RESULTATS

Pour toutes les analyses: \*\* = p<0.01; \*\*\* = p<0.001

### Applicabilité:

- Les données manquantes sont nulles.
- Les différentes modalités de réponses (« pas du tout », « un peu », « beaucoup ») n’ont posé aucune difficulté.
- Aucune plainte concernant la longueur et la complexité du test. Cependant, à la demande de l’enfant, certains items ont nécessité une intervention afin d’assurer la compréhension de certains mots à savoir : martèlement (item 1), attaque cérébrale (item 1), suffoquer (item 3), anxiété (item 9), « dans les vapes » ou à distance de moi-même (item 10), et engourdi (item 20). Ces mots n’ont pas été compris par l’ensemble des enfants de l’échantillon. Ces différents items sont des items repris de l’ASI-R (version adulte) et ne sont pas présent dans la CASI originale.

### Fidélité:

#### ▪ *Consistance interne:*

	CASI-R	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
α de Cronbach	0,83	0,64	0,54	0,59	0.65
Corrélation inter-item	0,14	0,14	0,13	0,20	0.21

- Cohérence interne satisfaisante pour l’échelle totale mais moins pour les différents facteurs. Néanmoins, les coefficients sont tous supérieurs à 0,50
- Ces valeurs n’ont pu être améliorées par la suppression d’items particuliers.

### Validité:

#### ▪ *Validité de construction (analyse factorielle en composante principale: rotation varimax):*

- En se référant à la littérature le nombre de facteurs a été limité à 4
- La variance totale expliquée par 4 facteurs est de 38,93 %

#### ▪ *Validité de construct (comparaison de la moyenne obtenue par rapport à d’autres études évaluant la sensibilité à l’anxiété chez l’enfant):*

	Notre échantillon (n=60)	Muris (2002) (n=518)	de Martinoff (2004) (n=25)	Etienne (étude en cours) (n=250)
	Moyenne obtenue à la CASI-R (Ecart-type)			
CASI-R	47,57 (7,49)	39,7 (9,2)	47,79 (7,67)	45,44 (8,67)

- Comparée à la moyenne obtenue par Muris auprès d’enfants néerlandais, notre groupe se situe à la limite de la norme

- Comparée à deux normes belges (de Martinoff et Etienne), notre groupe se situe dans la norme

#### ▪ *Validité externe (concordante) (r de Bravais-Pearson):*

	n	CASI-R
CDI	60	0,54 ***
STAIC Etat	60	0,39 ***
STAIC Trait	60	0,63 ***
MASC	60	0,60 ***

- + la sensibilité à l’anxiété est élevée
- + les scores d’anxiété (STAIC, MASC) et de dépression (CDI) sont élevés
- corrélations élevées mais similaires à celles rencontrées dans la littérature

### Sensibilité:

#### ▪ *Sensibilité aux variables socio-démographiques (t de Student ou ANOVA):*

	Sexe	Age	Interaction sexe x âge	Configuration familiale	Antécédents médicaux
	p				
CASI-R	0,820	0,185	0,928	0,120	**

- Présenter des antécédents médicaux (maladies chroniques, cardiaques, respiratoires, ou une opération) est significativement associé à une sensibilité à l’anxiété élevée.

## DISCUSSION

L’applicabilité de la CASI-R et la formulation de certains items semble trop complexe pour des enfants âgés entre 10 et 11 ans. Pour des enfants en dessous de 11 ans, la CASI originale serait davantage adéquate que sa version révisée (Muris, 2002) . La consistance interne de la CASI-R apparaît démontrée (α de Cronbach > 0.70) pour l’échelle totale.

La validité de construction n’a pu être établie via le dégagement d’une structure factorielle satisfaisante. Cette absence de dégagement factoriel pourrait notamment s’expliquer par le faible nombre de sujets.

La validité de contract indique que la sensibilité à l’anxiété serait de manière générale plus élevée dans une population belge. Plusieurs auteurs émettent l’hypothèse de l’influence d’un biais culturel dans la variabilité des scores de la sensibilité à l’anxiété entre divers pays (Rabian et al., 1999; Weems et al., 2002),. ce qui nous amène la réflexion quant à la création de normes adaptées de sensibilité à l’anxiété en tenant compte de la culture dans la variabilité des scores. Néanmoins, selon Peterson et Plehn (1999), la moyenne élevée à l’AS pourrait également s’expliquer par des difficultés dues à la traduction de l’échelle dans plusieurs langues.

Les corrélations entre la CASI-R et les échelles d’anxiété et de dépression corroborent les résultats des études de Muris (2002) et de Muris et al. (2001). Néanmoins, elles suscitent une réflexion quant à la validité discriminante de cet instrument : le chevauchement entre les échelles d’anxiété et de dépression est inhérent à l’évaluation des troubles anxieux chez l’enfant (Dumas, 2007; Perrin et Last, 1992).

Et enfin, l’étude de la sensibilité indique qu’une AS élevée est d’avantage associée à la présence d’antécédents médicaux, ce qui nous amène à émettre l’hypothèse de l’influence d’un conditionnement intéroceptif dans le développement de l’AS.

## CONCLUSION

La confrontation de la CASI-R aux qualités psychométriques nous fournit des premiers éléments en faveur de l’intérêt clinique et de la pertinence théorique de cet outil dans le contexte infantile. En ce sens, la poursuite de son développement paraît constituer une perspective intéressante. Une étude comparant les différents questionnaire évaluant la peur des sensations corporelles, en tenant compte des théories qui les soutiennent, serait intéressante à entreprendre. Par là, nous pourrions examiner la spécificité de la CASI-R par rapport à d’autres questionnaires de sensations corporelles. La plupart des troubles anxieux naissent durant l’enfance et l’adolescence. L’AS étant considérée comme un facteur de risque des troubles anxieux, il est donc intéressant de s’en préoccuper, et ce précocement, afin d’agir de manière préventive.

## BIBLIOGRAPHIE

- Chorpita, B.F., Albano, A-M., & Barlow, D.H. (1996). Child anxiety sensitivity index: Considerations for children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(1), 77-82.
- de Martynoff, N. (2004). *La sensibilité à l’anxiété chez l’enfant et les mécanismes d’apprentissages*. Mémoire de licence en psychologie non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l’enfant et de l’adolescent*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Babson, K., Leen-Feldner, E.W., & Schmidt, N.B. (2008). An integrated approach to panic prevention targeting the empirically supported risk factors of smoking and anxiety sensitivity: Theoretical basis and evidence from a pilot project evaluating feasibility and short-term efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1227-1243.
- Kovacs, M., (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Muris, P. (2002). An expanded childhood anxiety sensitivity index: Its factor structure, reliability, and validity in a non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 299-311.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckebach, H., & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Perrin, S., & Last, C.G. (1992). Do children anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Peterson, R.A., & Plehn, K. (1999). Measuring anxiety sensitivity. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 61-81). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rabian, B., Peterson, R.A., Richters, J., & Jensen, P.S. (1993). Anxiety sensitivity among anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(4), 441-446.
- Sallee, F.R., & March, J.S. (2001). Neuropsychiatry of paediatric anxiety disorders in children. In W.K. Silverman, & P.D.A. Treffers (Eds). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 90-125). New-York, US: Cambridge University Press.
- Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. (1991). The childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2, 162-168.
- Silverman, W.K., & Weems, C.F. (1999). Anxiety sensitivity in children. In S.Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 239-268). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., & Platzek, D., (1973). *State-Trait anxiety Inventory for children (« How I feel questionnaire »): Professional Manual*. Redwood, CA: Mind Garden.
- Taylor, S. (1999). Preface. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 1-3). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B., Hanna, H.H., Jaimez, T.L., & Lucas, R.A. (1993). Group cognitive behavioural treatment of PD. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279-287.
- Turgeon, L., Chartrand, E., Robaey, P., & Gauthier A-K., (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XI(3), 1-8.
- Weems, C.F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W.K., & Ginsburg, G.S. (1998). Testing the utility of the anxiety sensitivity construct in children and adolescents referred for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 69-77.
- Weems, C.F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C.B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 471-477.